**APLICACION PARA COMIDA GRATIS Y
COMIDA A PRECIOS REDUCIDOS FY 2006
ADULTOS**

Para solicitar comidas gratis o a precios reducidos en un centro para el cuidado de adultos durante el día, llene esta forma y devuélvala al centro

1ra Parte	NOMBRE (Apellido, Nombre)					FIRMA
	1. _____					_____
	2. _____					_____
	3. _____					_____
2da Parte	Llene esta parte si recibe asistencia pública, o recibe un cheque de Seguridad de Ingreso Suplemental (SSI), o es miembro de una familia que recibe estampillas de comida. Sí no recibir asistencia pública, proceda a la Parte 3.					
	NOMBRE (Apellido, Nombre)	Estampillas de Comida Número del Caso	Asistencia en Efectivo Número del Caso	FDPIR Número del Caso.	ALTCS/ AHCCCS #	SSI Número de I.D.
	1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
	3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3ra Parte	Llene esta parte sólo si la Parte 2 no se aplica a su caso.					
OTROS MIEMBROS DE LA CASA: Apunte el nombre de <u>todos</u> los habitantes en su casa. INCLUYASE CUALQUIER OTRA PERSONA(S) DEPENDIENTE QUE VIVA CON USTED.						
INGRESO MENSUAL: Apunte todos los ingresos que cada persona recibió en el mes previo en la misma línea de su nombre. Apunte el ingreso total ANTES de los deducciones de taxes, seguro social, etc. Para propietarios e apunte los ingresos despues de los deducciones.						
	NOMBRE (Apellido, Nombre)	<u>Ingreso Mensual del Trabajo (Antes de Deducciones)</u>	<u>INGRESO MENSUAL</u> Pago Mensuales de Bienestar, Sostienimiento de Niños, Asistencia del Ex-Marido, Asistencia en Efectivo, Pensiones Mensuales como el Retiro, Militar, Seguro Social, etc.			Todos lo demás Ingresos Mensuales
	1. _____	_____	_____	_____	_____	
	2. _____	_____	_____	_____	_____	
	3. _____	_____	_____	_____	_____	
	4. _____	_____	_____	_____	_____	
	5. _____	_____	_____	_____	_____	
4ta Parte	Nombre (en letra imprenta) _____		Certifico que toda la información es verdadera y correcta. Entiendo que doy esta información para poder recibir fondos federales; que la información que aparece en la solicitud se puede verificar; y que si doy información falsa intencionalmente, podrá ser juzado bajo las leyes estatales y federales que se apliquen al caso.			
	Dirección _____					
	Teléfono (casa) _____					
	Teléfono (trabajo) _____					
CONFIDENCIALIDAD: La información que usted proporcione se tratará en completa confidencia y sea usada solamente para determinar elegibilidad y verificación de información para los propósitos de Programa de Alimentación de Niños y Adultos de cuidado.						
Firma y Número de Seguridad Social del miembro adulto o escriba la palabra <i>NINGUNO</i> .						
Firma		Número de Seguro Social (Sí no lo tiene, indique "no tengo")			Fecha	

To be completed by Adult Day Care Determining Official

Signature of Approval: _____

Total Household Size: _____

Eligibility category:

Date Approved: _____

Total Monthly Income: _____

() Free

() Reduced

() Paid

Estimados Participantes o Guardianes:

El Programa para la alimentación de Niños y Adultos requiere que el reembolso que este centro recibe por las comidas servidas a todos los participantes esté basado en la información de ingresos sometida por cada adulto. Esto lo beneficia a ustedes porque nos ayuda a mantener el precio por cada adulto a un nivel bajo. Esta información será confidencial. Si sus ingresos son menores o iguales a los ingresos que se indican abajo, el centro recibirá un reembolso mayor por las comidas que se le sirvan a sus niños.

DIAGRAMA DE INGRESOS

Effectivo desde Julio 1 de 2005 hasta Junio 30 de 2006

Número de miembros en la familia	ANNUAL	MENSUAL	SEMANTAL
1.....	\$17,705	\$1,476	\$341
2.....	23,736	1,978	457
3.....	29,767	2,481	573
4.....	35,798	2,984	689
5.....	41,829	3,486	805
6.....	47,860	3,989	921
7.....	53,891	4,491	1,037
8.....	59,922	4,994	1,153
Por cada miembro de Familia adicional añade	+6,031	+503	+116

Las familias con ingresos menores o iguales a los niveles de ingresos que se enumeran arriba deben informarnos cualquier aumento o reducción de ingreso que sea más de \$50 mensuales or \$600 anuales, así como los cambio que haya en el número de los miembros de la familia o pérdida de empleo. Las familia que hayan indicado que stan recibiendo estampillas para comida, ayuda del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, deben informarnos también cuando dejan de recibir estos beneficios.

ADULTOS CON INCAPACIDADES: Si el médico ha determinado que el participante está incapacitado y la incapacidad lo previene de comer una comida regular, este centro hará todas las substitutiones indicadas por el médico. Si se necesita una substitution, no se le cobrará cargo extra por la comida. Si ustedes creen que esta persona necesita substitutiones debido a su incapacidad, por favor comuníquese con nosotros inmediatamente y denos más información.

En el programa para la alimentación de niños, ningún adulto será descriminado debido a su raza, color, origen, sexo, edad, o incapacidad. Si ustedes creen que han sido descriminados en cualquier actividad relacionada con el USDA, ustedes deben de escribir inmediatamente a la Secretería de Agricultura a: Secretary of Agriculture, Washington, DC 20250.

La Sección 9 de la ley nacional para el programa de comidas indica que, a menos que nos den el número de las estampillas para comida de sus niños, el número del caso del Asistencia en Efectivo o del FDPIR, ustedes deben de incluir en su solicitud un número del seguro social. Este puede ser el número del seguro social del miembro adulto de su familia que firme la solicitud, o una indicación de que el miembro de su familia no tiene un número del seguro social. No es obligatorio tener un número del seguro social, pero si no se provee un número del seguro social o no se hace una indicación de que el miembro que firma no tiene un número, entonces la solicitud no será aprobada. Esta notificación se le debe de entregar al miembro de la familia quien firma la solicitud y cuyo número del seguro social aparece en ella. El número del seguro social puede ser usado para identificar a la persona que firma y para verificar la información incluida en la solicitud. Estos esfuerzos de verificación pueden ser llevados a cabo mediante programas de revisión, auditorías e investigaciones y puede incluir el hablar con su empleador para determinar el ingreso, con la ofician que distribuye las estampillas para comida, con la oficina de ayuda económica (Welfare), las oficinas de Asistencia en Efectivo o FDPIR para determinar los beneficios recibidos. Todo esto puede traer como resultado una pérdida o una reducción de los beneficios, demandas administrativas, o acciones legales, si la información proporcionada es incorrecta.

RAZA: Por favor indique la raza o identidad étnica de el participante. No está obligado a contestar esta pregunta; necesitamos esta información para asegurarnos de que todos reciban beneficios en forma justa.

Negro—No de
Origen Hispano

Hispano

Asiático o de
Isla Pacífica

Indio Americano o
Nativo de Alaska

Blanco—No de
Origen Hispano

FAVOR DE LLENAR REVERSO DE ESTÁ PAGINA